

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri MÉNARD

Né à Roussay (Maine-et-Loire), le 4 décembre 1884

DE LA

GASTROTOMIE

POUR

LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. P. SEGOND, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

35

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIN

Professeur à l'École de Médecine d'Angers
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA GASTROTOMIE

POUR LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

AVANT-PROPOS

Avec ce travail, va prendre fin notre vie universitaire. Avant de dire adieu à tout ce passé et de nous engager dans la vie de demain, il nous reste un doux devoir à remplir : celui de laisser parler notre cœur et de remercier tous ceux envers qui nous avons contracté des dettes de reconnaissance.

Il m'est particulièrement doux de dédier, en premier lieu, ce travail à ma femme : grâce à elle, les épreuves d'hier ont été gaiement supportées. Grâce à elle les luttes de demain ne nous effraient pas, car elle saura dans la rude vie du médecin de campagne qui sera la nôtre, nous reposer de nos fatigues et nous consoler de nos ennuis.

A notre père et à notre mère dont la vie laborieuse a toujours été pour nous un exemple de travail, de dévouement et d'honneur, nous offrons ici nos plus profonds sentiments d'affection et de reconnaissance.

A tous les membres de notre famille, nous sommes heureux d'exprimer notre profonde tendresse.

A nos amis, qui parfois furent nos émules et avec qui nous avons vécu des journées si douces, nous envoyons notre meilleur souvenir, en les priant de ne pas oublier les heures passées ensemble.

A tous ceux qui, au collège, contribuèrent à notre formation intellectuelle ; à nos professeurs de l'École de Médecine d'Angers, et de la Faculté de Paris, à tous nos maîtres dans les hôpitaux, nous adressons nos sentiments de respectueuse gratitude.

Mais, parmi eux, nous avons à cœur de remercier plus spécialement M. le Dr Brin : ce fut lui qui nous encouragea dans notre intention d'étudier la médecine ; ce fut notre premier maître, qui nous initia, avec toute son expérience, aux premières notions de médecine et de chirurgie ; ce fut lui enfin qui nous fournit le sujet de ce travail et nous prodigua ses leçons et ses conseils. Il fit, pour nous, tout ce qu'il put ; qu'il soit sincèrement remercié de ce qu'il eût encore voulu faire. Nous n'oublierons pas de sitôt ce qu'il fut à notre égard.

Nous prions aussi notre cher maître, M. le Dr Jagot, de recevoir ici le témoignage de notre grande reconnaissance pour les marques de sympathie dont il ne cessa de faire preuve vis-à-vis de nous. Il ne fut pas seulement pour nous le maître autorisé dont les intéressantes leçons à l'hôpital nous apprirent à aimer la médecine et les malades, il voulut, en plusieurs circonstances, nous donner des conseils d'ami le plus dévoué ; qu'il soit assuré que nous n'oublierons jamais ce que nous lui devons.

Nous remercions également M. le Dr Bluysen, qui, avec une aimable bienveillance, a bien voulu nous communiquer une intéressante observation.

Nous prions M. le professeur Le Dentu d'accepter l'expression de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a daigné nous témoigner, et la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard.

M. le professeur Segond avait bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; il nous avait donné, sur notre sujet, des conseils éclairés ; il en avait même signé le manuscrit, quand la mort brutale est venue le ravir à l'affection de ses élèves. Qu'il nous soit permis d'adresser à sa mémoire un respectueux hommage.

Que M. le professeur Reclus qui a bien voulu remplacer notre regretté maître, daigne agréer l'expression de notre plus profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA MÉTHODE

Jusqu'en 1886, les chirurgiens, en présence d'un corps étranger de l'œsophage ayant résisté à toutes les manœuvres d'extraction par les voies naturelles, ne savaient pratiquer qu'une seule intervention sanglante, l'œsophagotomie. A cette époque un chirurgien américain, Richardson fut appelé à donner ses soins à un homme ayant avalé un dentier. Il trouva le corps très bas, au-dessus du diaphragme. Croyant qu'il était impossible de l'extraire par une incision œsophagienne et se rappelant un certain nombre de *gastronomies* pratiquées pour dilater des rétrécissements du cardia ou de la partie inférieure de l'œsophage (faits de Loretta, Bergmann, Schattaue, Weinlechner, Randolphe Winslow) il proposa et fit la même opération pour l'extraction du dentier implanté dans la partie inférieure de l'œsophage.

Par une incision oblique, parallèle au rebord costal gauche, l'auteur attira l'estomac hors de la cavité abdominale et fit une petite incision à la face antérieure de l'organe, à égale distance des deux

courbures. Après quelques essais infructueux pour introduire des pinces dans l'œsophage, par cette petite incision, Richardson ouvrit largement l'estomac, y introduisit la main entière et l'avant-bras et fit pénétrer dans l'œsophage l'index et le médius jusqu'à ce que fut senti le râtelier. Après des essais infructueux d'extraction, faits avec une pince introduite dans l'œsophage sur l'index comme conducteur, il put enfin mobiliser le corps étranger, le saisir et l'attirer dans l'estomac et de là au dehors. Le succès fut complet, et le malade, opéré le 5 août 1886, partit en convalescence le 18 septembre.

L'année suivante, un autre chirurgien américain, J. Bull, encouragé par le succès de Richardson et s'inspirant de ses observations, pratiquait encore la gastrotomie pour extraire un noyau de pêche arrêté à la partie inférieure de l'œsophage chez un jeune garçon de seize ans. L'âge du malade et la nature du corps lui firent choisir un manuel particulier. Bull fit la laparatomie médiane sus-ombilicale, et attira l'estomac dans la plaie; il fit une très petite incision sur la face antérieure de l'organe et, par cette incision, glissa un doigt à l'intérieur de l'estomac. La présence de ce doigt obturait complètement l'orifice. Des fils passés sur ses bords permettaient de soutenir l'estomac et de laisser aller dans la profondeur du ventre en suivant les mouvements du doigt intra-stomacal. Ce doigt introduit dans l'œsophage, l'auteur tenta en vain de saisir le noyau de pêche; il n'y put arriver. Il passa alors par l'estomac

une fine bougie à l'extrémité inférieure de laquelle il fixa une éponge. Saisissant par la bouche l'extrémité supérieure de la bougie, il put retirer de bas en haut le corps étranger. La guérison fut complète au bout de quinze jours.

En 1888, Trendelenburg retira, par l'estomac, un dentier arrêté dans l'œsophage à quelques centimètres au-dessus du cardia.

De semblables opérations furent pratiquées avec un inégal succès par Stelzner (1889), Finney (1892), White (1892), Wallace (1894), Morton (1896), Kœrte (1896).

Finney, de Baltimore avait réussi, après gastrotomie préalable, à faire tomber dans l'estomac, un noyau de pêche arrêté à 52 centimètres des incisives.

En janvier 1899, Lejars présentait, à l'Académie de Médecine, une observation « de gastrotomie et de cathétérisme rétrograde de l'œsophage pour extraire une pile de sous enclavés dans le segment inférieur du conduit et que la radiographie avait révélée ». Après laparotomie médiane sus-ombilicale, l'estomac fut attiré au dehors et incisé sur sa face antérieure à égale distance des deux courbures et parallèlement à son grand axe, dans une étendue de 10 centimètres. Une sonde introduite par le cardia, de bas en haut, dans l'œsophage, donna bientôt, en arrière, la sensation d'un corps étranger : elle fut poussée au delà, puis ramenée de haut en bas, en l'inclinant le plus possible en avant, pour déloger et faire tomber

dans l'estomac le corps étranger. La manœuvre réussit et l'auteur retira un bloc de pièces, 5 de 10 centimes, 1 de 5 centimes agglutinées ensemble. La brèche stomacale fut réunie par un double surjet et la guérison eut lieu très simplement.

Thiriar en 1900, puis Trendelenburg, de nouveau, en 1901, Henle et Quadflieg, la même année, pratiquèrent, plus ou moins heureusement, la gastrotomie pour corps étrangers bas situés dans l'œsophage.

Bluysen, de Boulogne-sur-Mer présente en 1906 à la Société de Chirurgie un cas de dentier œsophagien enlevé par l'estomac. Delore (Lyon, 1908) obtient le même succès.

En 1907, Brin d'Angers, fut obligé, après œsophagotomie externe, de pratiquer la gastrotomie chez un enfant de six mois pour extraire de l'œsophage un corps étranger ayant amené des troubles graves. En 1911, il renouvelait, avec un égal succès, la même opération pour un dentier enclavé dans la portion terminale de l'œsophage. Nous publions, plus loin, l'observation de M. Bluysen, et les deux observations détaillées des malades opérés par M. Brin.

Les résultats de la gastrotomie sont en somme très favorables : dans un seul cas celui de Morton (1896) la mort fut imputable à l'opération, car l'opéré mourut de péritonite. Les cas de Stelzner, Trendelenburg, Henle furent aussi suivis de mort, mais non du fait de l'opération. Le malade de Trendelenburg était atteint de pneumonie gangreneuse, quand

on l'opéra, celui de Henle succomba à une opération ultérieure.

De l'exposé de tous ces faits, nous sommes donc déjà en droit de conclure que la gastrotomie pour corps étrangers de l'œsophage est une bonne opération qui a fourni d'excellents résultats.

CHAPITRE II

INDICATIONS DE LA GASTROTOMIE

DANS LE CAS DE CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Les auteurs classiques qui considéraient l'œsophage comme un canal, notion tirée du seul examen cadavérique, nous enseignent que « le siège des corps étrangers est assez fixe en trois points principaux correspondant aux trois rétrécissements normaux de l'œsophage : à l'orifice supérieur, au point de croisement avec la crosse de l'aorte, et au niveau du cardia. Les corps volumineux sont pharyngiens ; ils ne descendent guère au-dessous de la jonction pharyngo-œsophagienne ; ceux qui sont de moyen volume, mais pourvus d'aspérités, s'arrêtent au niveau de la ceinture thoracique ; les petits en un point quelconque du conduit » (Hartmann, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus).

Guisez, récemment, grâce à l'œsophagoscopie, a été amené à considérer l'œsophage tout à fait différemment : l'œsophage, d'après lui, est en réalité cavitaire à sa partie moyenne, tubulaire à ses deux extrémités. Des deux portions canaliculaires, la supé-

rière est la plus longue, celle sise au niveau du cardia est la plus courte.

De plus, pour le même auteur, l'élément principal qui amène la fixation dans l'œsophage d'un corps étranger serait la contraction des fibres musculaires circulaires ; ce serait le spasme de ces fibres véritablement sphinctériennes. « Or, il est facile d'admettre que c'est dans les deux régions où cette musculature est la plus développée, dans la région sphinctérienne supérieure et inférieure, que le spasme se produira avec le plus de facilité au contact du corps étranger. Si l'on joint à cela qu'il s'agit des deux régions les plus étroites et seules canaliculaires de ce conduit, il y a donc là réunies toutes les conditions pour la fixation des corps étrangers de petit ou de moyen volume dans la portion initiale et terminale de l'œsophage (1) ».

Ce n'est pas à dire qu'un corps étranger ne séjournera jamais dans la portion moyenne de l'œsophage et n'y fera que passer. Au contraire quand le corps étranger est volumineux, lorsqu'il est irrégulier et surtout lorsqu'on a fait des manœuvres d'extraction qui, souvent, n'auront réussi qu'à le refouler, il pourra siéger dans la partie moyenne du conduit.

Mais, en règle générale, tous les corps étrangers petits, de moyen volume, réguliers ou irréguliers siègent ou bien dans la portion cervicale de l'œso-

1. Guisez, *Traité des maladies de l'œsophage*, p. 255.

phage, ou bien, plus rarement, il est vrai, dans la portion cardiaque de ce conduit.

Ce sont précisément les corps étrangers correspondant à ce dernier cas qui nous intéressent. Que deviennent-ils ? Quels accidents peuvent-ils causer ? Comment, arriverons-nous à les extraire, en cas d'indications pressantes ?

Arrivé dans la portion terminale de l'œsophage, le corps étranger peut s'y arrêter et s'y fixer grâce à son volume, à sa forme, aux aspérités de sa surface. Blessée par lui, la muqueuse œsophagienne se tuméfie et s'enflamme : la fixité du corps en est accrue. Le muscle œsophagien prend part à son tour à la défense de l'organisme et le spasme qui en résulte n'est pas un élément rare à la fixité complète et définitive du corps étranger.

A partir de ce moment les lésions de la paroi œsophagienne vont s'étendre au tissu cellulaire péri-œsophagien.

Lorsqu'il s'agit d'un corps arrondi et lisse, qui agit seulement par distension et compression des parois, la réaction péri-œsophagienne est faible ; elle reste un phénomène de défense et peut avoir pour résultat, comme le montrait, Sébilleau, à la Société de Chirurgie (1) (1903) une péri-œsophagite plastique qui peut assurer pour un temps l'innocuité relative du corps étranger. C'est de cette façon que

1. Sébilleau, *l'Œsophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie*. (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1903, p. 43-57).

des corps étrangers, même volumineux ont pu séjourner des semaines et des mois dans l'œsophage, sans provoquer d'accidents. (Denis) (1).

Si le corps est rugueux, couvert d'aspérités, blesse la muqueuse œsophagienne : son action excentrique peut dépasser la muqueuse et amener la perforation de la paroi. C'est la porte ouverte à l'infection. Le phlegmon profond du cou et, dans le cas qui nous intéresse de corps bas situés, le phlegmon du médiastin en sont la conséquence.

Étant donnés les rapports directs de l'œsophage avec l'aorte, la trachée, les bronches au niveau des points où s'arrêtent les corps étrangers, l'ulcération et la perforation de l'œsophage peuvent ouvrir l'un quelconque de ces deux organes : de là des hémorragies immédiatement mortelles, comme dans les cas d'Anissimow et de Aphanasiow (2). Dans le premier cas, un os arrêté au niveau de la crosse de l'aorte perfora le vaisseau : dans le deuxième le même accident eut lieu à 3 centimètres au-dessus du cardia. De là aussi des complications pulmonaires de la plus haute gravité, pneumonies et pleurésies infectieuses, gangrènes et œdèmes pulmonaires, dont

1. Denis, *corps étrangers de l'œsophage; un os depuis neuf mois dans l'œsophage d'un enfant de quatre ans. Danger du panier de Græfe; fistule œsophago-trachéale. Œsophagotomie externe. Mort le quatorzième jour par broncho-pneumonie.* (Bulletin médical de l'Algérie, 1901).

2. Aphanasiow, *réunion des médecines russes de Saint-Pétersbourg.* 1892-93.

Malkassian (1) rapporte douze observations dans sa thèse.

Tout autre organe para-œsophagien peut être atteint : il suffit de relire les rapports immédiats et médiats de l'œsophage thoracique pour voir la quantité d'organes très importants dont le dangereux voisinage porte si haut la gravité de la perforation de l'œsophage.

C'est assez dire que l'indication thérapeutique est formelle : *tout corps étranger de l'œsophage chez l'enfant comme chez l'adulte doit être extrait*. Terrier, en 1870, a posé ce précepte qui est aujourd'hui universellement admis (2). Nous ajouterons que ce précepte s'applique plus particulièrement aux corps étrangers bas situés dans l'œsophage.

Nous voici donc en présence d'un corps dont les différents symptômes, l'exploration de l'œsophage et principalement la radiographie ont fait préciser le siège exact, dans la partie inférieure du conduit œsophagien. Il faut intervenir. Quels moyens *pouvons-nous* employer? Lesquels *devons-nous* choisir?

Inutile de songer au *vomissement*, qui ne peut guère être employé que dans le cas où le corps peu irrégulier siège au voisinage de l'infundibulum pharyngo-œsophagien.

La *propulsion* dans l'estomac, employée pourtant

1. Malkassian, *perforation de la trachée par corps étrangers de l'œsophage et des indications de l'œsophagotomie externe*. Thèse de Nancy, 1902.

2. Terrier, *L'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870.

de longue date, est une manœuvre dangereuse, sauf peut-être pour les bols alimentaires un peu gros ou qui, vu leur nature chimique ont augmenté de volume dans l'œsophage, et qui sont susceptibles d'être poussés sans danger jusque dans l'estomac par une sonde ordinaire manie d'une éponge à son extrémité. Sur vingt-deux cas de propulsion, Martin (1) a relevé huit morts, tant par la suite d'accidents du côté de l'œsophage, que par suite d'accidents abdominaux ultérieurs.

Quant à l'extraction par les voies naturelles, elle est évidemment la manœuvre idéale, la plus employée, à coup sûr, et, d'après Gangolphe, « la plus recommandable lorsque la nature et le siège du corps l'autorisent ». Mais il est bien certain que l'extraction sera, non seulement difficile, mais très dangereuse quand le corps sera profondément situé et surtout quand il sera implanté assez profondément dans les parois œsophagiennes. Le panier de De Graefe, qui, grâce à sa simplicité et à sa manipulation facile, est le plus couramment employé, n'est pas exempt d'inconvénients : on aurait à lui reprocher plus d'une perforation et plus d'une hémorragie mortelle. Il faut s'en méfier, et, même entre les mains de chirurgiens de haute valeur, il a été souvent la source de gros ennuis. Tel le cas rapporté par Segond, à la Société de Chirurgie.

1. Martin, *des Corps étrangers de l'œsophage considérés principalement au point de vue de leur traitement*. Thèse de Paris, 1868.

« Une femme, en toussant, avale deux dentiers ; le plus petit est évacué par les selles ; le plus gros reste fixé dans l'œsophage, à la hauteur de la fourchette sternale. Le panier de De Græfe est introduit, il est impossible de le retirer avec une sonde on cherche à le dégager ; la sonde reste elle-même fixée. L'œsophagotomie externe dut être faite pour extraire corps étranger et instruments (1) ».

Sébileau a relaté également 1 cas de vaste déchirure de la paroi œsophagienne à la suite de tentatives d'extraction d'un sou au moyen du panier de De Græfe.

Les diverses pinces construites pour aller saisir sur place les corps étrangers n'ont pas toujours donné de bons résultats, même pour les corps situés dans la portion cervicale de l'œsophage. Mais, si le corps est engagé plus bas, et surtout s'il est situé aux environs du cardia, elles deviennent d'une manipulation difficile, sinon impossible et, si elles ne saisissent pas le corps étranger, il n'est pas rare de leur voir déchirer la muqueuse. Dans la première observation citée du D^r Brin, nous voyons que les essais faits avec une pince de Collin furent infructueux, alors que le corps de délit se trouvait encore derrière le larynx.

L'extraction par la bouche reste donc une méthode aléatoire, souvent dangereuse. Martin sur 167 tentatives d'extraction par la bouche relève 127 succès. Tschere moukhin nous cite plusieurs cas de mort

1. Segond, *Bulletin de la Société de chirurgie*. 1893.

dans ces conditions, 1 cas de Syme où il y eut rupture de l'œsophage, 1 cas de Stephenson, où la mort fut la conséquence de l'asphyxie, un autre rapporté par Schmiegelow. Voilà donc une intervention à rejeter absolument pour les corps étrangers bas situés dans l'œsophage.

Cependant, depuis les progrès merveilleux accomplis par l'*œsophagoscopie*, l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles serait devenue beaucoup plus efficace. Von Hacker, Mickulickz, Guisez .. ont donné des statistiques prouvant que cette méthode a fait brillamment ses preuves, tant comme moyen de diagnostic, que comme moyen d'extraction des corps étrangers de l'œsophage (1). Mais Guisez, lui-même, avoue qu'il faut des « mains exercées » et que les opérations externes auront encore leur raison d'être « dans certaines conditions de corps définitivement enclavés, de corps irréguliers, impossibles à extraire (2) ».

D'ailleurs la méthode n'est pas toujours infail-
lible. Chez un homme de vingt-quatre ans, ayant avalé son dentier, Rosenheim (3) ne put retirer le corps étranger par les voies naturelles, même avec l'aide de l'œsophagoscope. Kirstein essaye à plusieurs reprises de retirer un dentier arrêté à 22 centimètres

1. Voir Guisez, *Maladies de l'œsophage* : tableau schématique de 49 cas de corps étrangers de l'œsophage (décembre 1909, avril 1910, p. 288-292).

2. Guisez, *loc. cit.*, p. 212.

3. Rosenheim, *Ueber œsophagoskopie und Gastroskopie* (Berliner klinische Wochenschr, 1897, p. 478).

en arrière des incisives ; l'œsophagoscopie elle-même ne lui permit pas d'atteindre ce but.

Ebstein eut le même insuccès pour un dentier arrêté dans la portion thoracique de l'œsophage.

Dans la seconde observation du Dr Brin^o, observation rapportée plus loin, nous voyons un spécialiste essayer d'extraire un dentier arrêté au niveau de la deuxième dorsale avec l'œsophagoscope de Brunning. « Il voit et fait très bien voir le corps du délit, mais au moment de le saisir, il le fait glisser très bas et il lui est impossible de l'atteindre. Le tube œsophagoscopique bute contre un repli de la muqueuse qui coiffe évidemment le dentier. Étant donné les irrégularités du corps étranger, on ne fait que des pressions très légères pour essayer, mais en vain de le refouler dans l'estomac. » Une nouvelle tentative d'œsophagoscopie est tentée, qui montre des érosions sphacéliques de la muqueuse, mais on ne peut ni voir ni saisir le dentier, masqué par la muqueuse boursouflée.

De plus, un certain nombre de conditions physiologiques et pathologiques contre-indiquent l'endoscopie de l'œsophage.

C'est tout d'abord l'âge avancé des malades. Chez les vieillards, la colonne vertébrale étant plus rigide, l'hyperextension de la tête, nécessaire à l'introduction de l'endoscope, est difficilement obtenue et l'œsophagoscopie rendue très difficile et même dangereuse. Dans deux des 6 cas, pour lesquels Gottstein dut renoncer à cette exploration, il

s'agissait de vieillards ayant dépassé soixante ans.

C'est ensuite l'état nerveux et l'impressionnabilité de certains malades, l'hystérie, qui fournissent des obstacles et deviennent ainsi des contre-indications à l'œsophagoscopie.

Un certain nombre d'états pathologiques, susceptibles d'être influencés d'une façon néfaste par le passage de l'instrument doivent également y faire renoncer : c'est l'emphysème pulmonaire prononcé, les anévrysmes aortiques, les affections cardiaques avancées, la tuberculose des ganglions médiastinaux, la cirrhose atrophique et les varices œsophagiennes symptomatiques, les affections du péricarde, l'artériosclérose généralisée, etc.

Enfin, il est un certain nombre de malades, atteints de lésions de l'œsophage, en particulier les cancéreux qui sont amenés à l'hôpital dans un état de cachexie et de dénutrition tels que la gastrotomie d'urgence s'impose avant même toute exploration.

L'œsophagoscopie, enfin, n'est pas une exploration innocente. Certes, les statistiques de Mickulicz, Von Hacker, Guisez sont du meilleur présage, mais il y a des surprises malheureuses qui ne peuvent en rien contrebalancer les avantages très réels de la méthode, mais qui doivent forcer les chirurgiens à une indispensable circonspection.

Ainsi, malgré les perfectionnements apportés à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, par les voies naturelles, on ne saurait dire que c'est là le mode de traitement le plus général. Les chirur-

giens, en France, en présence des échecs des méthodes non-sanglantes, n'hésitent pas à recourir aux opérations chirurgicales.

Quelle opération pourrons-nous tenter en vue de l'extraction d'un corps étranger situé dans la portion thoracique ou abdominale de l'œsophage? Sera-t-il possible de tenter l'œsophagotomie cervicale?

Or, en pratiquant l'œsophagotomie cervicale, pour extraire un corps situé seulement derrière la poignée du sternum, Sencert put se rendre compte, dit-il, des difficultés énormes qu'il y a d'extraire par cette intervention un corps étranger de l'œsophage thoracique. S'il s'agit d'un corps moussé, qu'on peut saisir et attirer vers le haut sans dommage pour la paroi du conduit, passe encore; mais si le corps est tant soit peu rugueux et piquant, on court les mêmes risques de perforation de l'œsophage que dans l'extraction par la bouche.

Ce n'est pas que par la plaie d'œsophagotomie cervicale, on ne puisse agir sur le segment intra-thoracique de l'œsophage. L'œsophagotomie cervicale basse permet l'exploration du conduit jusqu'à la crosse de l'aorte. Richardson, le premier, s'est préoccupé de la longueur d'œsophage accessible par l'œsophagotomie cervicale. Il a fait de nombreuses expériences cadavériques; mesurant la distance du cartilage cricoïde à l'hiatus œsophagien du diaphragme, il a trouvé une moyenne de 7 pouces $1/2$, soit 19 centimètres; la plus longue distance trouvée fut de 9 pouces $1/4$, la plus courte de 6 pouces $1/2$.

C'est dire que, même s'il était possible d'introduire l'index tout entier par l'œsophage cervical, il resterait toujours environ les deux tiers de l'œsophage thoracique inaccessibles à l'exploration digitale. Introduit dans la plaie d'œsophagotomie cervicale, le doigt peut arriver jusqu'à la crosse de l'aorte, quelquefois se recourber en crochet sous le vaisseau, mais c'est tout. Il est arrêté dans son excursion par la ceinture scapulaire, clavicule, sternum, première côte.

Sencert a répété les recherches de Richardson sur un certain nombre de cadavres. « Il a vu que le doigt introduit dans l'œsophage par la plaie cervicale pouvait descendre jusqu'au niveau du bord inférieur du corps de la septième vertèbre dorsale. Ce n'est pas là le cas le plus général ; le plus souvent on ne dépasse pas la sixième vertèbre ou la septième disque. Il est exceptionnel d'atteindre la huitième dorsale. Cela correspond à une distance de 8 à 12 centimètres ; la zone d'œsophage ainsi accessible est en somme limitée par la longueur du doigt, puisque la clavicule s'oppose à la descente de la main. Mais, si cela était suffisant dans un grand nombre de cas, puisqu'on atteindrait ainsi le rétrécissement aortique, il serait par contre, totalement insuffisant pour atteindre tout corps bas situé, aux environs du cardia. À supposer même que l'on puisse, à l'aide d'une pince, désenclaver et tenter l'extraction d'un corps situé profondément, la manœuvre ne serait pas sans danger, puisque le

corps étranger s'appliquerait contre l'aorte et les gros vaisseaux et qu'il serait très osé de lui faire faire en remontant ce trajet de 7 à 8 centimètres, pendant lequel ses aspérités pourroient labourer la paroi de l'œsophage.

« En somme, quoique théoriquement favorable pour l'exploration de la partie supérieure de l'œsophage thoracique, l'œsophagotomie cervicale n'est indiquée que dans le cas de corps étrangers arrêtés au-dessus de la crosse aortique et non fixés dans la paroi de l'œsophage » (Sencert, *loc. cit.*).

Du reste, même dans ce cas, il ne s'agit point là, comme le dit Lejars, d'une opération simple, sauf dans les cas où le relief du corps étranger peut servir de repère. La recherche du corps étranger dans l'œsophage, surtout chez l'enfant, est toujours difficile. Nous voyons, dans l'observation III, le Dr Brin tenter l'œsophagotomie externe chez un enfant de six mois et échouer dans ses recherches de corps étranger.

Enfin l'œsophagotomie externe par voie cervicale est moins bénigne que veulent bien le dire ceux qui la préconisent, puisque les statistiques globales de Balacesco-Coper (1) donnent une mortalité de 20 0/0.

Il s'agit, là, en somme, d'une opération grave, difficile, et, en tous cas, inutile et dangereuse dans le cas de corps étranger bas situé.

L'œsophagotomie transmédiastinale a-t-elle donné

1. Balacesco-Coper, *Revue de Chirurgie*, février 1905.

plus de succès ? Non, puisque cette intervention n'a été faite que trois fois pour corps étranger et qu'elle a donné une mort, un échec (impossibilité d'attendre et d'enlever le corps : Forgue) et un succès (Enderlen). C'est donc une opération très grave et très difficile, qui doit toujours céder le pas à la gastrotomie pour un corps situé au-dessous de la huitième vertèbre dorsale, et qui n'aura en somme comme indication que le cas très rare où le corps du délit siégeait entre la cinquième dorsale (point que l'œsophagotomie cervicale permet d'atteindre) et la huitième vertèbre dorsale (que l'on atteint par la gastrotomie).

De tout ce qui précède nous pouvons donc conclure que pour un corps étranger situé à proximité du cardia, surtout si ce corps étranger est irrégulier et muni d'aspérités qui menacent de blesser la paroi œsophagienne, ou bien si ce corps étranger, même régulier et moussé, séjourne depuis quelques temps déjà dans la partie inférieure de l'œsophage et a résisté à toutes les tentatives prudentes d'extraction par les voies naturelles, en particulier avec le tube œsophagoscopique, la gastrotomie est alors indiquée, et le chirurgien doit sans hésiter y recourir, d'autant plus que, ainsi que nous l'avons vu plus haut, les résultats obtenus jusqu'ici sont suffisants pour permettre cette intervention.

Nous ne saurions donc mieux faire que de conclure avec Richardson :

1^o Toutes les fois que l'on pourra extraire un corps avec le secours seul des doigts, on devra y avoir

recours, car on agit avec plus de sécurité et d'intelligence. Or le doigt introduit par une incision cervicale ne peut guère dépasser le bord inférieur de la crosse de l'aorte, tandis qu'à travers le cardia les doigts peuvent remonter jusqu'à 3 pouces (7 cm. 1/2) au-dessus de la terminaison de l'œsophage;

2° Les corps arrivés en ce point sont en contact moins intime avec les organes importants, le cœur, l'aorte, les plèvres, d'où une plus grande sécurité pour l'extraction par en bas. Plus haut, au contraire, à 3 pouces, l'œsophage est en rapport étroit avec ces organes, et il est dangereux de risquer la déchirure des parois œsophagiennes en ce point;

3° Le trajet que le corps aura à parcourir sera bien moindre et si une lésion des tuniques de l'œsophage a provoqué des abcès de voisinage, il sera bien plus facile et plus sûr de faire vider ces collections dans l'estomac.

Nous croyons, avec Gangolphe, « que ces observations sont parfaitement justes et suffisantes pour légitimer la gastrotomie ».

Aussi pouvons-nous conclure, encore, avec Bull : « Comme règle générale, on peut agir sur tous les corps engagés dans l'œsophage par une opération sur le cou, s'ils sont arrêtés à la portée du doigt opérant dans la blessure œsophagienne. Cette distance est de 6 pouces à partir du cartilage cricoïde, selon les mensurations de Richardson.

Au-delà de ce point, la gastrotomie serait nécessaire et probablement sûre et efficace.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA GASTROTOMIE

Nous venons de voir que la gastrotomie est tout à fait indiquée dans le cas de corps étranger siégeant dans la partie inférieure de l'œsophage, surtout si ce corps étranger y séjourne depuis quelque temps et a résisté à toutes les manœuvres faites avec beaucoup de prudence pour l'extraire par les voies naturelles.

Mais il ne faut pas oublier « qu'un diagnostic précoce est, dans la plupart des cas, la condition *sine qua non* de la réussite de l'opération ».

En présence d'un malade ayant dégluti un corps étranger, son dentier, comme il arrive le plus fréquemment, il sera donc de la plus haute importance de situer d'abord exactement le corps du délit.

Et pour cela les commémoratifs, les différents symptômes observés seront d'un utile secours, mais ne seront pas suffisants. De même l'exploration à l'aide de la sonde, ou du résonnateur de Collin peut ne donner aucun résultat. Quelquefois on ne rencontre aucune résistance ; l'explorateur passe librement sans provoquer de douleur plus aiguë, et

cependant le corps est bien dans l'œsophage (cas de Cheever).

Du reste le médecin a à sa disposition des moyens plus sûrs et moins dangereux : nous voulons parler de la radioscopie et de la radiographie qui ont déjà donné de nombreux et merveilleux résultats. Toutefois il ne faudrait pas s'en tenir à ses seules indications : En effet, Kirstein, Rosenheim, Gottstein, Quadflieg ont publié des cas où la radiographie a méconnu des corps étrangers même opaques et Gottstein conclut que si un résultat radiographique positif est digne d'être pris en très sérieuse considération, un résultat négatif au contraire ne signifie que peu de chose. Forgue cite, en effet, des faits où la radioscopie aurait pu être mauvaise conseillère, en poussant le chirurgien à la recherche d'un corps étranger qui n'existait pas ou plus.

Mais, si la radiographie vient confirmer les résultats obtenus par l'exploration, en montrant le corps à quelque distance du cardia, alors le chirurgien devra agir.

Une question se pose : devra-t-on en premier lieu, essayer, même encore, l'extraction du corps étranger à l'aide de l'œsophagoscope ? Nous pensons que oui ; mais l'on devra ne faire que des manœuvres prudentes, et devant un échec, il faudra recourir à la gastrotomie.

Nous n'insisterons pas sur les soins pré-opératoires, qui seront ceux d'une laparatomie ordinaire. Le malade sera endormi et la paroi abdominale soi-

gneusement aseptisée. Comme instrumentation un bistouri, des pinces hémorrhagiques, des pinces longues des écarteurs et des valves, enfin tout le matériel ordinaire de sutures, seront suffisants.

L'anesthésie absolue étant obtenue, le chirurgien trace l'incision cutanée suivant le siège et la direction déterminés d'avance.

Quel sera le siège de l'incision ?

L'incision oblique et parallèle aux côtes paraissait préférable à Richardson, quand, disait-il « on se proposait d'introduire la main dans l'estomac. Si l'on croit pouvoir, avec le seul secours des instruments, arriver à extraire le corps, on peut alors faire l'incision médiane, qui sera plus commode, quoique l'incision oblique permette la même manœuvre ».

Bull préfère l'incision abdominale médiane, parce que, dit-il, le cardia est ainsi plus à la portée, étant lui-même à peu près sur la ligne médiane, et la colonne vertébrale servant de guide pour aller à sa recherche.

Le Dr Brin, dans la première observation rapportée plus loin, avait pratiqué l'incision oblique paracostale, intéressant la moitié externe du muscle droit. Intervenant chez un enfant de six mois, il croyait, de cette manière, être moins gêné par le foie, très volumineux à cette époque de la vie. Il le regretta, du reste, et chez son second malade, il n'hésita pas à pratiquer l'incision médiane.

Celle-ci a, en effet, l'avantage d'être, pour ainsi dire, exsangue, pourvu que l'on ait la précaution

pour éviter la faux du péritoine, de rester un peu à gauche de la ligne médiane. De plus les bords de la plaie se laissant aisément écarter, elle permet une meilleure exploration du ventre, et facilite les manœuvres ultérieures. Enfin, il est bien établi que par cette voie, on peut découvrir l'estomac même rétracté; à plus forte raison pourra-t-on l'atteindre lorsqu'il a ses dimensions normales.

L'incision abdominale sera plus ou moins longue, suivant les besoins.

Puis, dès que le péritoine pariétal est inversé, il est parfois utile de mettre deux écarteurs ce qui permet de voir l'estomac et d'éviter ainsi toute confusion.

L'estomac, en effet, se présente presque toujours, pour ainsi dire, de lui-même, dès que l'on écarte les lèvres de la plaie. Si on ne l'aperçoit pas, il suffit, pour le découvrir, de relever le bord antérieur du foie, en abaissant l'épiploon et le côlon transverse. Le portion que l'on amène dans la plaie avec deux doigts est généralement voisine du pylore, ce qui s'explique par ce fait que la région pylorique est la plus superficielle.

Dans les cas difficiles où l'organe petit et ratatiné échappe aux recherches, on doit se guider sur le bord antérieur et la face inférieure du foie, le meilleur jalon pour la recherche de l'estomac. « L'index gauche, rampant au contact de la face inférieure du lobe hépatique gauche, plonge jusqu'à la colonne vertébrale où il peut sentir l'aorte à travers le mince épi-

ploon gastro-hépatique. S'il se porte un peu à gauche, en restant toujours dans la profondeur et très haut vers le diaphragme, il rencontre une cravate plus ou moins épaisse, la petite courbure de l'estomac, en dehors de laquelle avec une longue pince inoffensive, on peut saisir la face antérieure de l'organe » (Faraheuf).

On ne peut guère confondre l'estomac avec l'intestin dont il se distingue nettement par sa paroi épaisse, charnue et musculaire et par sa surface d'un blanc rosé, qui ne présente ni bosselures, ni tractus de fibres longitudinales.

L'estomac étant reconnu, il sera bon d'en faire, dès maintenant, une exploration externe, parce que pendant cette première partie de l'opération, il peut arriver parfois que le corps étranger soit descendu jusque dans l'estomac. L'on devra, de même, faire une exploration minutieuse de la portion terminale de l'œsophage pour pouvoir faire d'une façon plus précise le diagnostic du siège du corps étranger. Ajoutons d'ailleurs que, ainsi qu'il est arrivé dans un cas de M. Brin, il peut se faire que le corps de délit, étant situé à 3 ou 4 centimètres du cardia, parfois au-dessus du diaphragme, ne puisse être senti et que l'exploration reste négative. Mais, en règle générale, l'on sentira extérieurement le corps étranger, l'on pourra même se rendre compte des dégâts de péri-œsophagite qu'il aura pu causer, s'il siège depuis longtemps dans l'œsophage, et alors il faudra ouvrir l'estomac.

Il sera nécessaire, avant tout, de protéger soigneusement le ventre à l'aide de compresses, pour éviter toute contamination du péritoine par les liquides qui pourront s'échapper au moment de l'ouverture de l'estomac. Ce dernier pourra même être attiré hors de la plaie abdominale, du moins en partie, ainsi que le fit Richardson, puis *incisé*.

Ici plusieurs questions se posent ? Et d'abord où faire l'incision ? La plupart des chirurgiens ayant tenté la gastrotomie pour corps étranger, ont pratiqué une incision, située à égale distance des deux courbures (Richardson. Bull, Bluysen). Dans les deux observations rapportées plus loin, le Dr Brin fit l'incision de la paroi stomacale perpendiculairement aux bords gastriques, parallèlement aux vaisseaux : aux deux fois, il n'eut pas une goutte de sang. Cette dernière raison devait faire préférer l'incision perpendiculaire à l'incision parallèle aux bords qui est forcément beaucoup plus sanglante. Peut-être pourrait-on, en pratiquant cette dernière incision, avoir moins de sang, si on avait soin de la faire plus rapprochée de la grande courbure que de la petite, car on éviterait de cette façon les vaisseaux descendants toujours plus volumineux que les ascendants.

L'incision parrallèle aux bords, en effet, est parfois préférable, quand on veut faire une exploration endogastrique totale, par exemple, ou encore quand on désire pratiquer une opération transgastrique sur la paroi postérieure de l'estomac. Car l'incision

parallèle peut-être allongée comme le commandent les circonstances.

Dans la plupart des cas, en effet, les opérateurs ont commencé par faire une *petite incision* à la paroi antérieure de l'estomac, comme le fit Richardson ; mais, comme lui aussi, ce fut en vain qu'ils essayèrent d'introduire des instruments dans l'œsophage par cette petite ouverture ; il fallut agrandir l'ouverture.

Nous touchons ici à un point délicat, qui a mis souvent dans l'embarras tous les chirurgiens voulant extirper par voie stomacale un corps étranger de l'œsophage : nous voulons parler de la difficulté rencontrée pour atteindre le cardia.

Pour arriver sur le cardia, ils durent presque toujours ouvrir largement l'estomac et y introduire la main tout entière.

Il est vraiment bien difficile, écrit Von Hacker, dans le *Traité de Chirurgie de V. Bergmann, Brunn et Mickulicz*, d'atteindre le cardia à l'aide d'un seul doigt introduit dans l'estomac et dans l'œsophage. Il y a 20 centimètres de la plaie pariétale au cardia, et, par une petite incision à la paroi antérieure de l'organe, même en repoussant devant le doigt l'estomac dans la cavité abdominale, on a bien du mal à atteindre le cardia. Si vous faites alors l'incision gastrique assez grande pour admettre deux doigts ou la main tout entière, il devient difficile d'éviter l'épanchement au dehors du contenu stomacal et le danger opératoire est considérablement augmenté.

Nous pensons que Van Hacker a grossi la difficulté et le danger opératoire. Nous avons vu, en effet, le Dr Brin faire, chez un petit malade, il est vrai, une petite incision perpendiculaire, permettant seulement l'introduction de deux doigts, l'index et le médius. Ces doigts ont pu pénétrer jusqu'au cardia, grâce à la mobilité extrême de la base du thorax, qui pouvait presque être éversée en dehors.

Mais, nous le répétons, il s'agissait d'un très jeune sujet. Et, la plupart du temps, l'exploration devra être manuelle.

D'où vient donc qu'il soit si difficile, par une petite incision gastrique, d'atteindre le cardia ?

La seule difficulté, dit Wilms, provient de ce que les auteurs ont toujours fait l'incision stomacale à un mauvais endroit. Il est clair que par une incision faite au voisinage du pylore, il est impossible d'atteindre le cardia, même en essayant de refouler la paroi de l'estomac, car la fixité du pylore à ce niveau empêche la paroi stomacale de suivre le doigt vers le haut. Il en va tout autrement si on fait l'incision à une certaine distance du pylore, à la face antérieure de la grosse tubérosité.

D'après ses recherches anatomiques, Wilms déclare qu'on peut ainsi sans difficultés, pénétrer avec le doigt dans l'œsophage abdominal et dans l'œsophage thoracique. Par une incision bien placée, introduisez l'index gauche dans l'estomac, et enfermez ce doigt en serrant sur sa base une suture séro-séreuse ; de cette façon plus de crainte d'épan-

chement ; vous pouvez réduire l'estomac dans le ventre, et à l'aide du doigt intrastomacal explorer l'œsophage.

L'auteur eut l'occasion de mettre cette méthode en pratique à la clinique de Trendelenburg. Il s'agissait d'un dentier fixé dans l'œsophage, la huitième et la neuvième vertèbres dorsales à 6 ou 7 centimètres du cardia. Après de vaines tentatives d'extraction, l'auteur résolut de faire la gastrotomie. Incision médiane sus-ombilicale ; on attire la paroi antérieure de la grosse tubérosité dans la plaie abdominale. Sur cette paroi stomacale on fait une suture séro-musculaire en bourse, qu'on noue sans serrer. Cette suture circonscrit un petit cercle de paroi stomacale, au centre duquel on fait une petite incision. L'index gauche, recouvert d'un doigt de caoutchouc stérilisé, est introduit dans l'estomac par cette incision et la suture en bourse est fortement serrée sur le doigt. Le contenu de l'estomac ne peut en aucune façon souiller le péritoine. Le reste de la main est introduit dans le ventre, tandis que le doigt qui est dans l'estomac gagne le cardia. Il le franchit, explore l'œsophage jusqu'au corps étranger qu'il suit et qu'il attire dans l'estomac. La main ressort du ventre avec cette portion de l'estomac qui renferme maintenant le corps étranger. Le doigt gastrique est retiré ; par l'orifice on extrait le corps étranger, en un instant l'estomac est fermé. L'opération n'a pas duré trois quarts d'heure. Seize jours après le malade de Wilms était guéri.

Ainsi donc pour Wilms, la seule raison des difficultés qu'ont rencontrées les auteurs dans cette opération est la mauvaise situation de l'incision gastrique. Von Hacker (1) ne partage nullement cet avis. Une preuve, dit-il, que la raison invoquée par Wilms n'est pas valable, c'est que vous avez beau relire les observations publiées, vous n'y trouverez pas que les auteurs incisèrent l'estomac au voisinage du pylore. Ils s'en éloignèrent tous plus ou moins : Hentle incisa le « fondus » stomacal ; Wallace porta l'incision tout près du cardia, et malgré cela les difficultés pour franchir le cardia furent très grandes. Les raisons sont ailleurs.

Si vous attirez l'estomac au dehors et que vous tentiez d'atteindre le cardia par une petite incision, la chose est impossible, à cause de la distance.

Si vous employez la méthode de Wilms, ou si vous introduisez toute la main dans l'estomac attiré et fixé au dehors, de par ces manipulations la disposition du cardia est changée ; il devient une fente imperceptible que vous aurez les plus grandes peines à trouver. C'est dans les changements de courbures qu'on impose au cardia, soit en refoulant sur lui l'estomac, soit en l'attirant, qu'on le rend presque impénétrable.

1. Von Hacker, *Zur Frage des Zweckwässigen Vorfahrens, an Fremdkörpern aus dem unteren Theil der Speiseröhre vom Maion aus zur entfernen* (Beiträge zur Klin. Chir., XXXVIII, 1902, p. 532).

Sencert (1) a fait, à ce sujet, des recherches anatomiques sur une dizaine de cadavres. Lorsqu'on attire l'estomac à la paroi et qu'on l'y fixe, il est très difficile, sinon impossible, même avec une large incision, de franchir le cardia.

« En faisant une incision au niveau de la face antérieure de l'estomac à égale distance du pylore et du cardia, on peut, par la méthode de Wilms, arriver facilement au cardia et pénétrer dans l'œsophage thoracique : l'incision ne doit être placée ni trop haut, ni trop bas. Trop haut, elle vous laisse vous égarer dans le fond de l'estomac, trop bas, elle ne permet pas de mobiliser la paroi antérieure de l'estomac. Pour arriver sûrement au cardia, Sencert a employé le procédé suivant : après incision de la paroi antérieure de l'estomac et introduction de l'index droit à la manière de Wilms, on saisit avec la main gauche la petite courbure de l'estomac qu'on attire en bas et à droite. On fait ainsi bâiller en partie l'orifice cardiaque, le doigt intra-stomacal se dirige perpendiculairement sur la petite courbure devenue rectiligne et l'atteint. Il n'y a plus qu'à suivre cette surface de 1 à 2 centimètres vers le haut pour entrer forcément dans le cardia. Par ce procédé Sencert a pu, dans toutes ses recherches cadavériques, arriver facilement à l'exploration du cardia.

Le procédé de Sencert n'a jamais été employé

1. Sencert, *la Chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominale*. Nancy, 1904.

encore, que nous sachions, pour extraire un corps étranger de l'œsophage par la gastrotomie. La plupart des chirurgiens, Thiriar, Trendelenburg, Quadflieg, Bluysen, Brin (dans un cas), Delore, durent recourir à une ouverture large permettant l'introduction complète de la main dans l'estomac.

Bluysen, ne pouvant arriver à trouver le cardia avec le doigt, avait imaginé d'introduire par la bouche une petite bougie à boule jusque dans l'estomac; saisissant cette boule avec une grande pince, il peut avec ce guide conduire la pince jusque dans l'œsophage.

Le cardia étant trouvé, il faut le franchir. Souvent il est comme contracturé et donne au doigt qui le pénètre comme la sensation d'un anus. C'est alors que le doigt ou l'instrument tombe, plus ou moins facilement, sur le corps étranger.

Ici se présentera de nouvelles difficultés : il est souvent malaisé, en effet, d'exécuter au-dessus du cardia les manœuvres nécessaires au désenclavement. Généralement le corps étranger s'est profondément fixé et la traction par en bas ne peut que faire entrer plus profondément les saillies du corps du délit dans les dépressions du conduit.

Aussi M. Chaput propose-t-il, dans un cas semblable, de tenir le corps étranger fixé par la pince et passer autour de lui une pince courbe, destinée à dégager la muqueuse des saillies la pénétrant. Et il conseille d'essayer l'extraction à la pince d'abord, avec le doigt ensuite.

Nous ne sommes pas absolument de son avis et nous pensons qu'il faudra essayer tout d'abord d'extraire le corps étranger avec le secours seul des doigts, car on agit avec plus de sécurité et d'intelligence.

On essaiera donc, en premier lieu, à mobiliser le corps en passant le doigt tout autour et en refoulant latéralement les parois de l'œsophage. Mais il est nécessaire de manœuvrer avec la plus grande prudence, de crainte de perforer, avec les saillies du corps étranger, l'œsophage ou même l'aorte. Brin réussit ainsi à extraire un dentier difficilement mobilisable et que la pince ne pouvait saisir.

De même Bluysen, dans son cas de gastronomie, ne put arriver à extraire le corps avec une pince ; il arriva au contraire très facilement à trouver le corps étranger avec l'index et à le faire sauter en un tour de doigt.

L'introduction de la main dans l'estomac pourrait faire craindre l'infection de la plaie stomacale et du péritoine. Ces craintes, à notre époque, sont peut-être exagérées.

Cependant, Richardson, sans attribuer une grande importance aux inconvénients des manœuvres manuelles dans l'intérieur de l'estomac, recommande d'essayer toujours le passage d'instruments par une petite boutonnière stomacale. Par cette méthode il a pu, dans plusieurs expériences cadavériques, arriver à saisir et à extraire des corps situés dans l'œsophage au-delà de l'atteinte des doigts. Le meilleur

moyen de pratiquer cette manœuvre est le suivant : l'estomac, attiré hors de l'incision abdominale, est maintenu par un aide qui tire sur lui suffisamment pour redresser la petite courbure. L'instrument est alors passé dans l'estomac par une petite ouverture et suit la poulie formée par le redressement des bords de la petite courbure. Pendant ce temps la main gauche introduite dans la cavité péritonéale saisit le cardia par sa face externe et ne permet pas à l'instrument de s'égarer dans le cul-de-sac que vient former la grande courbure au niveau de l'orifice œsophagien. Si cette manœuvre ne réussit pas, il faut alors ouvrir l'estomac d'une façon plus large et introduire dans sa cavité la main pour aller à la recherche du corps.

Certains chirurgiens, ne pouvant extraire le corps étranger qu'ils sentaient très bien avec le doigt, doivent employer d'autres procédés assez ingénieux.

William Bull, de New-York, pratiquant la gastrotomie pour retirer un noyau de pêche fixé à l'extrémité inférieure de l'œsophage, chez un sujet de seize ans, ne réussit pas à saisir le corps étranger par le cardia. Il introduisit alors par la bouche une fine sonde qu'il fit glisser jusqu' dans l'estomac, il attachait une éponge à l'extrémité de la tige et la ramenant de bas en haut, il entraîna par cette rétro-propulsion, le corps de délit.

Finney, de Baltimore employa un artifice inverse, il s'agissait encore d'un noyau de pêche arrêté à 52 centimètres des incisives, et que toutes les tenta-

tives par les voies naturelles n'avaient pu mobiliser ; on fit la gastrotomie, on passa de l'estomac dans la bouche une fine sonde en gomme, on attacha une éponge à son extrémité buccale, et, la ramenant de haut en bas, on fit tomber le noyau dans l'estomac.

Enfin, Lejars, dans un cas, eut recours aussi à la gastrotomie et au cathétérisme rétrograde de l'œsophage pour extraire une pile de sous enclavés dans le segment inférieur du conduit. Une sonde introduite de bas en haut, dans le cardia, donna bientôt la sensation de corps étranger : elle fut poussée au-delà et ramenée de haut en bas, en étant inclinée le plus possible en avant, pour déloger et faire tomber dans l'estomac le corps étranger. La manœuvre réussit parfaitement et l'on retira un bloc de pièces agglutinées ensemble,

Enfin, de tous ces procédés, le plus recommandable serait peut-être l'œsophagoscopie rétrograde qui joindrait tous les avantages de la gastrotomie à ceux, si nombreux, de l'œsophagoscopie. Elle permettrait, en effet, au chirurgien de ne pas agir un peu en aveugle ; elle lui ferait voir le corps étranger et il lui serait ainsi possible de l'extraire, par voie stomacale, en prenant toutes les précautions nécessaires.

Le corps de délit extirpé, il faut refermer la plaie stomacale. On peut la recoudre avec deux étages de catgut séro-séreux.

On fait de même une suture de la paroi abdominale en deux plans ; un profond séro-musculaire, au gros catgut, et un superficiel au crin.

Le traitement consécutif à l'opération est des plus simples. Des lavements nutritifs permettent au malade d'atteindre au moins quarante-huit heures. Après ce temps on peut donner quelques liquides par la bouche, et, au bout d'une semaine, le patient peut reprendre l'alimentation commune.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(J. Bull)

(Publiée dans le *New York medical Journal*, 1807,
t. XLVI, p. 481.)

L... C. homme de couleur, seize ans, bonne santé générale, fut admis à l'hôpital de New York le 25 août 1887. Sa mère raconte que cinq jours auparavant il a avalé un noyau de pêche et que depuis il n'a pu prendre ni aliments solides ni liquides ; il avait maigri, avait des vomissements, mais seulement quand il essayait de s'alimenter.

Le malade était sans fièvre, le pouls rapide et sans amplitude. Il essaie de boire un verre d'eau qu'il rejette aussitôt : pas d'œdème du cou. Une sonde œsophagienne à boule d'ivoire heurte à 13 pouces (32 cm. 9) des incisives, un corps dur.

Le choc ne produit pas de son, mais donne à la main exploratrice une sensation très nette.

Pendant une dizaine de minutes, on procède à des tentatives infructueuses d'extraction au moyen de crochets d'argent, de sondes en baleine et d'une sonde fine en gomme élastique.

Le malade est mis au lit, lavements nutritifs toutes les six heures avec du lait peptonisé et du wiskey ; morceaux de glace dans la bouche.

26 août. — On procède à de nouvelles tentatives d'extraction, aussi infructueuses que les premières.

29 août. — La gastrotomie est pratiquée juste une semaine après l'accident. Anesthésie à l'éther. Nouveau cathétérisme : toujours le corps est rencontré à 13 pouces des dents ; on essaie en vain de refouler le corps par quelques petits coups secs ; de même, essais infructueux de passer au delà du corps une fine bougie et un crochet d'argent.

La cavité abdominale fut ouverte par une incision médiane de 3 pouces de long (7 cm. 7) s'étendant du cartilage de la neuvième côte à 2 pouces environ au-dessus de l'ombilic, l'extrémité supérieure de l'incision étant déterminée par le point où disparaît la matité hépatique. On découvrit ainsi une portion de la paroi antérieure de l'estomac et sa grande courbure à environ 2 pouces 1/2 du pylore, tandis que dans l'angle supérieur on apercevait le bord inférieur du lobe gauche du foie. L'index pouvait sentir les battements du cœur à travers le diaphragme, mais ne rencontrait pas de corps étranger à l'orifice œsophagien. L'estomac était vide ; on reconnaissait le pylore et on choisissait pour l'ouverture stomacale un point situé à 3 pouces du pylore et à égale distance des deux courbures, endroit où les vaisseaux superficiels étaient plus volumineux.

Cette portion de l'estomac fut attirée en dehors de l'incision abdominale et deux fils de soie passés à travers la paroi stomacale en ligne verticale à une distance de 2 pouces

(5 cm.) l'un de l'autre. Entre les deux fils, incision de 1 pouce $1/4$ (3 cm. 2) par laquelle s'échappent des gaz et quelques gouttes de liquide brunâtre.

Deux nouveaux fils de soie furent passés à travers les extrémités de l'incision stomacale de façon à bien les tenir, et, après avoir placé des éponges aux angles de l'incision abdominale, le doigt fut introduit dans l'estomac, directement en arrière vers la colonne, puis en haut jusqu'à l'ouverture cardiaque. Le doigt obstruait complètement la blessure, de façon que rien ne pouvait s'échapper de l'estomac.

Grâce à cela, l'auteur put refouler la paroi abdominale de façon à pousser le doigt aussi loin que possible. Dans cette manœuvre, la paroi antérieure, avec les fils qui la retenaient, suivait le doigt dans la cavité stomacale et était repliée sur lui, comme le scrotum invaginé dans l'examen du canal inguinal. Le corps ne put être senti que lorsque le doigt fut entré complètement dans l'œsophage.

Le noyau de pêche se présentait ayant une de ses faces aplatie enchatonnée dans la muqueuse et un léger effort fut fait pour le soulever avec l'ongle de façon que son extrémité se tourne en bas. Une pince recourbée fut immédiatement passée sur le doigt, le corps fut saisi et la paroi antérieure de l'estomac fut alors attirée en dehors avec les fils, le doigt continuant à boucher l'ouverture stomacale. Un ou deux efforts d'extraction, avec cette pince et avec une autre pince droite furent infructueux, quoique le corps fût bien saisi.

Le chirurgien se décida alors à pousser le corps de bas en haut. Le doigt fut réintroduit, une fine bougie passée par le cardia jusque hors la bouche, et une petite éponge de 1 pouce de diamètre sur 1 pouce $1/2$ de long fixée à l'extrémité infé-

rière de la soude avec un fort fil de soie dont on laissa un bout assez long. L'éponge tirée en haut rencontra une faible résistance ; mais le corps quoiqu'il parut se déplacer ne put être retiré. Une éponge plus grosse fut alors attachée au fil de soie restée libre. Elle réussit à entraîner le corps jusque dans la bouche et on le saisit avec le doigt.

Pendant ces manœuvres, les premiers fils de soie passés dans l'estomac retenaient celui-ci en dehors de l'incision abdominale, tandis que les seconds, placés aux angles de l'incision stomacale, rendaient plus facile l'introduction du doigt dans l'intérieur.

Quelques gouttes de liquide brun s'échappaient de temps en temps, mais étaient absorbées par les éponges placées de chaque côté de l'incision. On ne vit pas de trace de sang dans le mucus entourant le corps étranger, pas plus que sur l'éponge et on en conclut que la muqueuse œsophagienne n'avait pas été blessée.

La muqueuse gastrique fut réunie par 8 points de suture au catgut. La tunique péritonéale est fermée par 10 à 12 sutures de Lembert avec de fins fils de soie. Les piqûres faites par les fils, au-dessus et au-dessous de l'incision étaient obturées chacune par une simple suture de Lembert, car on ignorait si toutes les tuniques avaient été intéressées.

Incision abdominale fermée par une suture péritonéale continue au catgut et des sutures isolées de fils d'argent passés à travers les autres couches de la peau.

L'opération avait duré une heure et quart, et l'état général du patient était satisfaisant. Pansement avec gaze sublimée, coton hydrophile, bandage de corps.

Guérison rapide, sans accident. Les lavements furent supprimés. Le malade se leva le dixième jour.

Le noyau de pêche, pointu et effilé à son extrémité, mesurait 1 pouce de long (25 millim.) sur $\frac{5}{8}$ de pouce (16 millim.) dans son plus petit diamètre et 2 pouces $\frac{5}{8}$ (66 millim.) de circonférence.

OBSERVATION II

(Bluysen)

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, de santé très frêle, en puissance de tuberculose, qui, le 29 mai 1905, avala son dentier. Cet instrument se composait d'une plaque dure supportant les quatre incisives supérieures. Elle portait deux crochets métalliques à ses extrémités, mais l'un des crochets était cassé.

Le malade souffrait modérément ; il avalait facilement les liquides. L'examen radioscopique montra le corps étranger à la partie inférieure de l'œsophage.

Le malade refusa d'abord l'intervention, puis les douleurs persistant et s'aggravant, il revint au bout de quinze jours, décidé à se faire opérer.

L'exploration avec une bougie à boule révéla la présence du corps étranger à 30 centimètres des arcades dentaires.

M. Bluysen considérant la situation très basse du dentier pensa que l'œsophagotomie externe n'avait que peu de chance de réussir, et il se décida pour la gastrotomie qui fut faite le 20 juin 1905.

• Le dos étant soulevé par un billot, le malade est anesthésié

au chloroforme. Incision médiane. Ouverture du péritoine. L'estomac est incisé à égale distance des deux courbures sur une longueur de 12 centimètres.

La recherche du cardia avec le doigt est infructueuse. M. Bluysen imagine alors d'introduire par la bouche une petite bougie à boule jusque dans l'estomac ; saisissant cette boule avec une grande pince, il peut avec ce guide conduire la pince, dans l'œsophage et saisir le dentier qui se cramponne si vigoureusement qu'il faut bien renoncer à le déloger par ce procédé.

M. Bluysen se décide alors à introduire la main toute entière dans l'estomac ; se guidant sur la bougie à boule, il introduit l'index dans le cardia et l'œsophage, il arrive très facilement sur le corps étranger, le mobilise et l'enlève avec la plus grande facilité avec le doigt recourbé en crochet.

La plaie stomacale est recousue avec deux étages de catgut séro-séreux, et la paroi suturée. Diète liquide pendant huit jours. Réunion immédiate parfaite et guérison absolue et complète.

OBSERVATION III

Œsophagotomie externe et gastrotomie pratiquées successivement chez un enfant de six mois pour enlever un corps étranger de l'œsophage. Guérison.

Enfant Charles L..., de Brigné (Maine-et-Loire). Cet enfant âgé de six mois, est nourri au sein et est très bien portant.

Dans l'après-midi du 22 avril 1907, il joue avec un chape-

let accroché à son berceau : la croix et les trois premiers grains se séparent du reste du chapelet et l'enfant les porte à sa bouche.

La mère s'en aperçoit presque aussitôt aux efforts de l'enfant ; en ouvrant la bouche du petit, elle voit encore l'extrémité de la croix, mais ne parvient pas à la retirer. Un confrère appelé fait également des tentatives infructueuses. L'enfant est amené, au D^r Brin, dans la nuit, à la clinique Saint-Louis.

Le chapelet n'est pas visible, mais on le sent avec un explorateur derrière le larynx. Le D^r Brin fait quelques essais avec une pince de Collin, mais ne parvient pas à saisir le corps étranger.

L'état de l'enfant semble pouvoir attendre jusqu'au lendemain. Néanmoins tout est préparé pour une intervention immédiate au cas où l'asphyxie la rendrait nécessaire pendant la nuit.

23 avril. — A la première heure, on trouve l'enfant très dyspnéique. Les traits sont tirés, les yeux sont cernés, le pouls est à 140. Le petit malade n'a pas pu prendre le sein, ni avaler une goutte de liquide d'une autre manière depuis la veille.

Son état semble très précaire. Avec un explorateur urétral à boules n° 20, on sent bien le corps étranger derrière le larynx et il semble inutile de faire radioscopier l'enfant, étant donné qu'il ne faut pas perdre de temps.

Cæsophagotomie externe. — Sous chloroforme. Incision longitudinale devant le sterno-mastoïdien.

Le plus facilement du monde, en quelques minutes, le

D^r Brin arrive à l'œsophage après avoir reconnu au passage le muscle omohyoïdien, le corps thyroïde. Il n'y a pas eu une goutte de sang et les organes sont distincts, comme dans une très belle dissection. Un écarteur repoussant les vaisseaux en dehors, le chirurgien donne quelques coups de sonde cannelée derrière le corps thyroïde et ouvre ainsi l'œsophage. Un coup de ciseau complète en haut cette ouverture.

On pense pouvoir saisir le corps étranger et terminer au plus vite l'opération. Mais le corps étranger n'est plus là : une sonde poussée par en haut revient sans obstacle par la bouche ; un explorateur enfoncé vers l'estomac est, au contraire, arrêté à un point qu'on peut estimer très voisin du cardia. Il n'est pas possible d'essayer de faire rebrousser chemin à un corps aussi irrégulier que cette croix plus ou moins bloquée par les grains qui l'accompagnent et d'ailleurs comment s'y prendre sans œsophagoscope ? On cherche à augmenter la progression du corps étranger et on exerce des pressions douces, mais sans aucun résultat.

Désolé d'avoir fait une opération inutile, le D^r Brin cherche au moins à en rendre les suites aussi simples que possibles et se met en mesure de suturer l'œsophage, il doit aussitôt renoncer à cette technique : la paroi œsophagienne est, en effet, d'une minceur telle qu'il n'est pas possible de faire de bonnes sutures : par ailleurs, il faut finir vite et l'on se borne à bourrer la plaie avec de la gaze stérilisée, en ayant soin de bien tasser la gaze à la partie inférieure, de façon à ce que les mucosités sortant de l'œsophage puissent trouver leur chemin au-dessus d'elle, au milieu de la gaze moins serrée qui garnit la partie supérieure de la plaie. Les 2 centimètres de l'incision sont réunis par deux points au crin.

Il y a eu en tout une seule ligature vasculaire pour une veine thyroïdienne.

Aussitôt l'enfant réveillé, on peut constater qu'il n'a plus de dyspnée ; mais il est très affaissé et très pâle. Son pouls est à 160 au moins. On lui fait du sérum artificiel, 100 grammes toutes les trois heures et deux lavements nutritifs avec 30 grammes de lait et un jaune d'œuf.

24 avril. — L'enfant semble un peu plus fort, mais ne veut pas avaler une goutte de lait ; il se refuse à prendre le sein.

Radiographié par le Dr Sarrazin, professeur à l'École de Médecine. La croix apparaît nettement au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales. Elle est verticale, légèrement oblique de haut en bas et de droite à gauche.

La petite extrémité est située entre la huitième et la neuvième côtes ; la grande descend au-dessous de la dixième.

Les deux bras sont situés entre les neuvième et dixième côtes.

La radiographie, assez peu poussée, d'ailleurs, ne montre pas la chaînette qui porte les trois grains, mais en faisant la radioscopie le Dr Sarrazin a très bien vu cette chaînette pendre derrière la croix, et il estime que le dernier grain doit être dans l'estomac.

Aussitôt qu'il a pu prendre connaissance de la radiographie, le Dr Brin décide de laparatomiser l'enfant.

Gastronomie le 24 avril, à 4 heures du soir. Chloroforme.

Incision parallèle au rebord costal gauche, intéressant la moitié externe du muscle droit. L'estomac apparaît assez volumineux, mais flasque. On n'y sent, par la palpation, aucun corps étranger.

Après une soigneuse protection du péritoine, l'estomac est

ouvert verticalement, de la petite courbure vers la grande, dans une étendue de 3 centimètres environ. Il ne s'écoule qu'un peu de suc gastrique. Un doigt introduit dans l'estomac n'y rencontre d'abord rien ; mais, en repliant le doigt vers le cardia, en invaginant la paroi stomacale, l'opérateur parvient à toucher un grain qui semble fixé dans l'orifice œsophagien.

Il agrandit alors l'orifice stomacale ; elle va maintenant d'un bord à l'autre et mesure environ 8 centimètres. Il introduit deux doigts de la main droite, l'index et le médius, la face palmaire regardant en haut. Ces doigts pénètrent jusqu'au cardia, grâce à la mobilité extrême de la base du thorax, qui peut presque être éversée en dehors.

L'opérateur essaie alors d'introduire un doigt entre le grain de chapelet et la paroi, et avec l'ongle essaie de l'accrocher. Puis, avec une pince courbe, conduite le long de ses doigts, il le saisit, et, après s'être assuré que la muqueuse n'est pas pincée, il exerce des tractions douces avec la main gauche, en même temps que le médius droit continue à appuyer sur la paroi antérieure du cardia pour le dilater.

Il sent passer un autre grain sous son doigt, et, brusquement, la croix entière tombe dans l'estomac. Il n'y a plus qu'à retirer la pince. Elle ramène bien le corps du délit, la croix avec ses trois grains.

Fermeture de l'estomac avec deux surjets au fil de lin, l'un total, l'autre séro-séreux.

Fermeture de la paroi abdominale en deux plans, l'un péri-tonéo-musculo-aponévrotique au catgut, l'autre cutané-aponévrotique au crin. Pansement aseptique.

L'opération a duré vingt-cinq minutes. A deux reprises, on

a été obligé de faire la respiration artificielle, l'enfant ne respirant plus, malgré les faibles doses de chloroforme absorbé.

Une fois la laparotomie terminée, on profite de l'état d'insensibilité de l'enfant pour faire le pansement du cou. La gaze est enlevée et remplacée par une mèche moins serrée. Les lèvres de la plaie sont absolument pâles, exsangues. Il n'y a pas de réaction inflammatoire.

Le 24, dans la soirée et la nuit, on fait quatre injections de sérum (50 grammes à chaque fois).

25 avril. — Température rectale : matin 40°3 : soir 40°1. Les traits sont tirés, le faciès est pâle, terreux, le pouls est à 160, presque incomptable. L'enfant ne veut pas prendre le sein, ni boire à la cueiller. On lui met dans la bouche un tampon imbibé du lait maternel, et peu à peu il se remet à sucer cette ouate humide. On vide toutes les deux heures le sein de la mère dans une tasse et on en fait avaler le plus possible au moyen de la ouate. Il sort un peu de lait par le cou. Le ventre est très ballonné, 200 grammes de sérum dans la journée. Pansement du cou deux fois par jour.

26 avril. — Température rectale matinale, 39°8 ; vespérale 39 degrés. Abdomen très ballonné. Un petit lavement provoque une selle et des gaz. L'enfant prend facilement son lait au moyen de sa ouate. Toutes les fois qu'il a pris du lait, on lui fait sucer un peu d'eau stérilisée.

27 avril. — Même état. Température 39°2 et 39°7. Une selle et des gaz. 100 grammes de sérum.

28 avril. Amélioration. Ventre souple. Prend plus facilement son lait. Plaie du cou plus vivante. Température 39 degrés et 37°3. 100 grammes de sérum.

29 avril; — L'enfant commence à prendre le sein. On cesse le sérum. Selles régulières. Température, 37°9 et 37°8. Même état du cou.

30 avril. On enlève les fils de la plaie du cou. La plaie est toujours pâle. Il se produit un phénomène assez intéressant. La plaie bien ouverte, si l'enfant prend le sein, il sort à peine quelques gouttes de lait par le cou. On suppose que le lait sort en plus grandes quantités au moment des régurgitations quand l'estomac est trop plein, car le pansement cervical en est imbibé. Amélioration sensible de l'état général.

1^{er} 2 et 3 mai. — Amélioration continue. L'enfant revient à la vie; la plaie du cou bourgeonne et est de moins en moins souillée par le lait.

2 mai. — Ablation des fils du ventre, Réunion parfaite, sans infection, même légère

Le 7, il n'y a plus d'écoulement de lait par la plaie cervicale, qui bourgeonne activement.

Le 10, l'enfant s'en va; la plaie n'est pas complètement cicatrisée, mais elle se comble rapidement.

État général excellent, l'enfant est parfaitement rétabli. Il a bon appétit; ses fonctions digestives s'accomplissent normalement et il n'y a de cris qu'au moment du pansement.

Le 25, on ramène l'enfant au D^r Brin; il est gras et resplendissant de santé. Les deux cicatrices sont parfaites,

Revu en mars 1911, le petit opéré est magnifique et n'a aucun symptôme de sténose œsophagienne,

OBSERVATION IV

Gastrotomie pour extraire un dentier enclavé dans la portion terminale de l'œsophage. Guérison.

M. X..., trente-neuf ans, cultivateur à Jallais (Maine-et-Loire) porteur d'un dentier depuis quinze ans au moins, l'a laissé se détériorer progressivement sans le faire réparer. L'appareil a perdu plusieurs dents, les crochets se sont desséchés.

Dans la nuit du 18 janvier 1911, M. X... est réveillé brusquement par une sensation d'étouffement ; il vient d'avaler son dentier. Profondément anxieux, il court chez le Dr Audureau, de Jallais, qui l'envoie immédiatement au Dr Léon, d'Angers. Celui-ci conduit le malade à la clinique du Dr Brin et le fait radiographier immédiatement par le Dr Pichard.

Comme on peut le constater sur la radiographie, le dentier est arrêté au niveau de la deuxième dorsale. Le Dr Foucault pratique alors l'œsophagoscopie avec l'appareil de Brunning. Il voit et fait très bien voir le corps du délit, mais, au moment de le saisir, il le fait glisser très bas et il lui est impossible de l'atteindre. Le tube œsophagoscopique bute contre un repli de la muqueuse qui coiffe évidemment le dentier. Étant donné les irrégularités du corps étranger, on ne fait que des pressions très légères pour essayer, mais en vain, de le refouler dans l'estomac.

Appelé, à ce moment, par ses confrères, le D^r Brin décide d'accord avec eux, de pratiquer la gastrotomie.

Une radiographie nouvelle du D^r Pichard montre le dentier arrêté au niveau de la huitième ou neuvième dorsale. MM. Foucault et Léon recommencent une tentative d'œsophagoscopie qui montre des érosions sphacéliques de la muqueuse, mais ils ne peuvent voir ni saisir le dentier, masqué par la muqueuse boursoufflée. D'après la longueur du tube enfoncée, on estime que l'arrêt est tout près du cardia.

Le malade très courageux a bien supporté les manœuvres, mais il commence à être fatigué. On lui injecte 500 grammes de sérum et on pratique la laparotomie.

Incision médiane de la paroi abdominale. *Exploration externe* de l'estomac. On n'y trouve rien. La palpation de la paroi terminale de l'œsophage est également négative. L'on commence à craindre que le dentier ne soit trop haut.

Incision perpendiculaire de l'estomac d'un bord à l'autre. Le ventre étant soigneusement protégé, l'estomac est ouvert perpendiculairement aux bords, parallèlement aux vaisseaux, sans hémorragie. Quelques pinces de Kocher attirent les bords de la plaie hors du ventre. L'estomac est absolument vide.

L'index recherche le cardia ; mais, pour le trouver, le chirurgien est obligé de mettre toute la main dans l'estomac.

Le cardia fermé et comme contracturé donne la sensation d'un anus au doigt qui le pénètre ; le dentier est à 3 ou 4 centimètres du cardia et il semble qu'il doit se trouver en grande partie au-dessus du diaphragme, car, pour l'atteindre,

il faut enfoncer au moins les deux premières phalanges de l'index.

On cherche d'abord à le mobiliser en passant le doigt tout autour et en refoulant latéralement les parois de l'œsophage. La manœuvre se fait avec la plus grande prudence, de crainte d'enfoncer les crochets dans la paroi œsophagienne ou même dans l'aorte, dont on sent terriblement les battements.

A plusieurs reprises, l'opérateur essaye vainement d'accrocher l'appareil avec l'ongle. Il tente également d'introduire une pince sur le doigt, mais il saisit seulement la muqueuse et le dentier se dérobe.

On songeait alors à faire l'œsophagoscopie rétrogarde quand l'ongle de l'opérateur réussit enfin à accrocher une dent isolée et à ramener peu à peu le dentier.

Suture de l'estomac en deux plans.

Suture de la paroi abdominale en deux plans ; un profond, sero-musculaire, au gros catgut, et un superficiel, au crin.

Un drain est laissé au contact de l'estomac.

Les suites opératoires furent bonnes, mais prolongées par une suppuration de la paroi abdominale.

Les premiers jours, il y eut dysphagie légère, mais tout rentra vite dans l'ordre, et le malade quitta la clinique Saint-Louis le 15 février, en excellent état.

CONCLUSIONS

1° Dans le cas de corps étranger de l'œsophage, la gastrotomie est indiquée si ces corps étrangers sont volumineux et fixes et si leur point d'arrêt et d'enclavement est très bas situé.

2° Même dans ce cas, il faudra, avant de pratiquer la gastrotomie, essayer d'extraire le corps étranger avec l'œsophagoscope, par la méthode de Kilian-Guisez, et, ce n'est qu'en présence de l'échec de cette méthode, qu'on aura recours à l'opération ;

3° La gastrotomie n'est pas toujours très aisée à cause de la hauteur du cardia, de la difficulté d'y pénétrer et d'exécuter au-dessus de lui les manœuvres nécessaires en désenclavement. Cependant les résultats obtenus jusqu'à ce jour permettent de conclure que la gastrotomie semble être l'opération de choix pour les corps étrangers situés à la partie inférieure de l'œsophage.

Vu : le Président de thèse,

P. SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLEN. — Des Corps étrangers de l'œsophage (In N. York. J., 17 août 1805. — J. americ. Associat., 1^{er} fév. 1896).
- ANISSIMOW. — Journal des hôpitaux Botkin, 1900, n° 50.
- APHANASSIOW. — Réunion des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 1892-1893, in Tschere moukhin.
- AULEM (Mac). — Lancet, 1873.
- BARDELEBEN (A. von). — Zur Kazuistik der totalen Magenextirpation (Œsophago-Entérostomie) Deutsche med. Wochenschr., 1901, n° 15).
- BENOIT. — Extraction des corps étrangers de l'estomac et de la moitié inf. de l'œsophage (Revue thérap. médico-chirur., 1903, 541-549).
- BERGER. — Bull. Soc. Chirurg., 19 avril et 10 mai 1893.
- BERTHELOT. — Corps étrangers des voies digestives dans la première enfance (In Journ. de Clin. et Thérap. inf., 2 août 1894, n° 40, p. 651).
- BLUYSEN. — Bull. Soc. Chirurgie, 16 janvier 1906.
- BRIN. — Archives médicales d'Angers, juillet 1911.
- BULL. — New York med. Journal, 1887, t. XLVI, p. 481.
- CAPONETTO. — La Gastrost. come mezzo di cura degli stringimenti esof., 1885, Torino.
- CHAPUT. — Bull. Soc. Chirurg., 16 janv. 1906.
- CHARON. — Fistule stomacale, suite de gastrostomie chez un enfant de six ans (In Journal de Clin. et Thér. inf., 1894, p. 569).
- COMTE. — Des Accidents du cathétérisme de l'œsophage. Thèse de Paris, 1887.
- DELAGÉNIÈRE. — De l'Exploration intrastomacale après

- gastrotomie (Archives provinciales de Chirurgie, 1898, avril, n° 4, p. 258-261).
- DELSAUX. — Corps étrangers de l'œsophage (Soc. belge de Chirurgie, 26 nov. 1910. — Annales de la Soc. de Chir., t. X, n° 9, déc. 1910, p. 374).
- DENIS. — Corps étrangers de l'œsophage, etc. (Bull. méd. de l'Algérie, févr. 1901).
- EDMUNDS. — A successful case of Gastrotomy for impacted foreign body in the Œsophagus (The Lancet, 1900, t. I, p. 551).
- FINNEY. — D'après Centralblatt für Chirurgie, 1890, n° 23.
- FLETCHER (Ingals). — Trait. des corps étrangers de l'œsophage (American J. of Surgery, t. XXVI, n° 1, janvier 1912).
- FROELICH. — Soc. de Méd. de Nancy, 1902.
— Revue méd. de l'Est, 15 mai 1902, p. 325.
- GAILLARD (Rémy). — De l'Intervention sanglante dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage, portion thoracique. Thèse de Lyon, 1894.
- GANGOLPHE. — Précis des opérations d'urgence, 1901.
— Maladies de l'œsophage (in Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet).
- GOSSET. — De l'Œsophago-gastrostomie transdiaphragmatique (Revue de Chirurgie, 12 déc. 1903).
- GROSS. — De l'Œsophagotomie ext. pour corps étr. de l'œsophage (Semaine médicale, 11 février 1891, p. 45).
- GUÏSEZ. — Corps étrangers de l'œsophage Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, avril 1910).
— De l'État actuel de la thérapeutique des corps étrangers bronchiques et œsophagiens (Journal des Praticiens, 28 janv. 1911).
— Traité des Maladies de l'œsophage.
- HACKER (VON). — Ueber die nach Verätzungen entstehenden Speiseröhren Verengerungen. Wien., 1889. A. Hölder.
— Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der

- Speiseröhre mittels Œsophacoscopie (Berträge zur klin. Chirurgie, t. XXIX, 1900, p. 128-166).
- HAMBURGER. — Klinik der Œsophaguskrankheiten (Medizin Jahrb., 1869, Bd XVIII, 1870; Bd XIX et XX).
- HARTMANN. — Article Œsophage, in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, t. V, p. 314.
- HOFFMANN. — Retrograde Œsophagoscopie (Centralbl. für Chirurgie, 1901, p. 728).
- JACQUES. — Péri-œsophagite suppurée après extraction de corps étranger (Revue hebdomadaire de Laryngologie, t. XXXII, n° 46, 18 nov. 1911).
- Corps étrangers de l'œsophage (Soc. de Méd. de Nancy, 22 mars 1911).
- JALAGUIER. — Corps étrangers de l'œsophage (Bull. de la Soc. de Chirurgie, 15 déc. 1897).
- MACKENZIE. — Foreign body in Œsophagus (British med. Journal, 1902, I. p. 961).
- KILLIAN. — Zur Geschichte der Œsophag-und Gastroscopie (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1901. Bd 58, p. 499-512).
- KIRMISSON. — Bull. de la Soc. de Chir., 1889, p. 787.
- KRISTEIN. — Berliner klin. Wochenschr., 1898, n° 27.
- Allgem. med. Centralz., 1899.
- LANNELONGUE. — Sur 18 cas de corps étr. de l'œsophage chez les enfants (Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1880, p. 309).
- LEJARS. — Gastrotomie pour corps étr. de l'œsophage (Acad. de Méd., 10 janv. 1899).
- Chirurgie d'urgence, p. 210 (6° édit.).
- MAGE. — Des Corps étr. de l'œsophage. Thèse de Paris, 1895.
- MALGAIGNE. — Médecine opératoire. Cathétérisme de l'œsophage.
- MALKASSIAN. — Perforation de la trachée par corps étr. de l'œsophage et des indications de l'œsophagotomie externe. Thèse de Nancy, 1901-1902.
- MARTIN. — Des Corps étr. de l'œsophage considérés princi-

- palement au point de vue de leur traitement. Thèse de Paris, 1858, n° 117.
- MAURIN, VIANNAY et MARTEL. — Corps étranger de l'œsophage. Phlegma péri-œsophagien et perforation de l'œsophage, ulcération de la carotide primitive. Mort (Soc. des Sc. médic. de Saint-Étienne, 19 janv. 1910).
- MAYO-ROBSON. — Gastrotomie, guérison (Analyse in Journ. de Clin. et Thérap. inf., 1894, p. 958).
- MESSENGER-BRADLEY. — A Case of Gastrostomy. Necropsy ; Remarks (The Lancet, 2 novembre 1878, p. 621).
- MEUNIER. — Corps étr. de l'œsophage. Mort par perforation de l'aorte huit jours après l'ingestion (Gazette médicale du Centre, 1^{er} avril 1909).
- MICKULICZ. — Ueber Gastroskopie und Œsophagoskopie mit Demonstration am Lebenden (Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Chir. XI Kongress, 1882, I. p. 30).
- Wien. med. Presse, 1881, n°s 45-52.
- MONNIER. — Gastrotomie pour l'extraction de vingt-cinq corps étrangers (Ac. de Médec., séance du 15 juillet 1903 et Bull. méd., p. 649).
- MOROSOW. — Thèse de Saint-Petersbourg, 1887.
- MORTON. — Annals of Surgery. 1897.
- MOUTON. — Du Calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien. Thèse de Paris, 1874.
- NIEL. — Extraction des corps étrangers de l'œsophage (Marseille médical, 1^{er} février 1911).
- OBALINSKI. — Wiener klin. Wochenschr., 1896, n° 50.
- PETRUCCI. — Contributo allo studio della gastrotomia, del cateterismo retrogradell'esofago (Policlin., 1905, XII).
- POTARCA. — La Chirurgie intra-médiastinale postérieure, 1898, p. 84.
- POULET. — Les Corps étrangers en chirurgie. Paris, 1879.
- QUADFLIEG. — Entfernung eines Künstliches Gebisses, durch Gastrotomie ans dem Œsophagus (Münchn. med. Wochensch., 1901, XLVIII, p. 146).

QUÉNU. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 5-12 mai 1903.

QUÉNU et HARTMANN. — Des Voies de pénétration dans le médiastin post. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. XVII, p. 82).

RAU (Nathan). — Foreign body in the œsophagus, localisation by X rayons. Successfull removal (British med. Journal, 1896, p. 1678).

RICHARDSON. — A Case of Gastrostomy, digital exploration of the œsophagus and removal of plat of teet (Boston med. and surg. Journal, 14 déc. 1886).

— The possibility of operations on the Cœsophagus trough the stomach as schown by dissections (The Lancet, 1887, p. 707-710).

ROSENHEIM. — Berliner klin. Wochenschr., 1895, n° 12.

-- Ueber Fremdkörpernaus dem Cœsophagus (Berliner medicinische Gesellschaft, 11 novembre 1896).

— Deutsche med. Wochenschr., 1899, p. 55.

SANQUIRICO. — Statistique nouvelle et suites opératoires de l'œsophagotomie externe par corps étrangers. Thèse de Paris, 1899-1900.

SANTIEUX. — Traitement des corpsétrangers de l'œsophage. Thèse de Paris, 1895.

SCHATTAUER. — Centralblatt für Chirurgie, 1884, p. 25.

SEGOND. — Bull. de Soc. de Chirurgie, 1899, p. 783.

SENCERT. — La Chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominal. Thèse de Nancy, 1904.

— Sur la Chirurgie du cardia (Rev. de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1905).

TERRIER. — De l'Cœsophagotomie externe. Thèse de Paris, 1870.

THIRIAR. — Gastrotomie pour extraction d'un ratelier fixé dans l'œsophage (Centralblatt für Chirurgie, 1900, n° 37).

TILLEY. — Extraction des corps étrangers des voies respiratoires et de l'œsophage (Société royale de Méd. de Londres [Section clinique], 12 mai 1911).

- TRENDELENBURG. — Ein fall von Gastrotomie wegen Fremdkörpern (Inaug. diss. de Jahn. Leipzig, 1901).
- TSCHEREMOUKHIN. — Des Corps étrangers de l'œsophage (Khirurgia, 1902, t. XII, fasc. 72).
- TUFFIER. — Les Opérations sur la paroi thoracique de l'œsophage (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 12 mai 1903).
- VALAGUIER. — Corps étrangers de l'œsophage (Soc. de Chirurgie, 15 décembre 1897).
- VIANNAY et MOREAU. — Corps étrangers de l'œsophage. Tentatives infructueuses d'extraction. Refoulement sous œsophagoscopie. Guérison (Loire médicale, 15 décembre 1911, p. 366).
- WALLACE. — Œsophagotomy and Gastrotomy for the removal of denture with five artificial teeth from the Œsophagus (The Lancet, 1894).
- WILMS. — Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Theil des Œsophagus von Magen aus (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie).
-

Imp. de la Librairie J. ROUSSET, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris. — 1766-12

